Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO

24 JULIO 2025

CIRUGÍA

Indicador	NO	SI	Suma total
CIRUGÍA	0	3	3

Historia Clínica	Lugar	Categoría
20012	CIRUGÍA	SI
10745	CIRUGÍA	SI
17714	CIRUGÍA	SI

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N° 20012

Hospital Público VETERINARIO | Alcaldía de PEREIRA | Pereira La Tiene

Sedes
- (X) Maraya
- ( ) 2500 Lotes
- ( ) Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 24-07-2025
Yo: Hernan Cardona Identificado con CC: 1 10015025
con dirección: Condor 9 013 A 18 Pag Ludoteca Teléfono: 3124029671
Tutor de: Tigris Especie: Felino Raza: DPC
Sexo: Macho Edad: 13 años

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: Amputacion MPI

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

En constancia que Tigris ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Natalia Lago Posada **con matrícula profesional No** 55387 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: [signature]
CC: 10015025
Teléfono: 3124029671.

Firma del MVZ: [signature]
TP: 55387.

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
[signature]	[signature]	[signature]	Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N° 10745

51

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- (X) Maraya
- ( ) 2500 Lotes
- ( ) Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira Fecha y hora: 24 julio
Yo: Diana Marcela Velasquez Identificado con CC: 1093227619.
con dirección: ; Teléfono:
Tutor de: Coffe Especie: Canino Raza: Pug
Sexo: Macho Edad: 7 años

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: Cistotomia.

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

En constancia que Coffee. ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** 28651 **, la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Diana Velasquez Firma del MVZ:
CC: 1093227619.
Teléfono: 3127327067.
TP: 28651

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Liliana			Hospital / Recuperación

Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.093.227.619
VELASQUEZ SALAZAR
APELLIDOS
DIANA MARCELA
NOMBRES

Diana Marcela Velasquez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1997
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-FEB-2015 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2400600-00876469-F-1093227619-20150306 0043[illegible]A 1 42117445

Scanned with CamScanner

Registro válido

Fecha de consulta: 22/07/2025

Ficha: 660012031803000024656

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIANA MARCELA

Apellidos: VELASQUEZ SALAZAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1093227619

Municipio: Pereira

Departamento: Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/05/2025

Última actualización ciudadano: 28/05/2025

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JAIME ARISTOBULO MENA BUENAÑOS

Dirección: Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

Teléfono: 3248703 - 3206765419

Correo Electrónico: sisben@pereira.gov.co

Scanned with CamScanner

Historia Clínica N°
10745

Alcaldía de Pereira | Hospital Público Veterinario | Pereira La Tiene

Sedes
- [x] Maraya
- [ ] 2500 Lotes
- [ ] Villa Santana

FORMATO DE DECLARACIÓN DE DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Diana Marcela Velasquez identificado/a con cedula. número 1093227619., actuando en calidad de tutor del canino [x] felino [ ] llamado Coffee, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Barrio guayabal pereira casa #9.

Barrio: Guayabal
Comuna: Villa Santana

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Diana Velasquez.

Firma
Nombre completo: Diana Marcela Velasquez.
Tipo de documento de identificación: CC.
Número de documento: 1093227619.

Scanned with CamScanner

51

Historia Clínica N° 17714

Alcaldía de PEREIRA | Hospital Público VETERINARIO | Pereira Lo Tiene

Sedes
- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO

Ciudad: Pereira **Fecha y hora:** 24 julio

Yo: Luz Amanda Tirado **Identificado con CC:** _____

con dirección: MZ B LT 35 la isla Cuba **; Teléfono:** 313 661 45 67

Tutor de: Lupe. **Especie:** Canina **Raza:** Rg.

Sexo: Hembra **Edad:** 11 años

Manifiesto que he recibido y entendido la información sobre el procedimiento: Mastectomia mamaria

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran **SANGRADO, INFLAMACION DEL AREA, DIHISCENCIA DE PUNTOS, ENROJECIMIENTO, ERITEMA** y que podrían generarse secuelas como: HIPERTENSION E INCLUSO LA MUERTE.

En constancia que Lupe ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con el procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de tutor del paciente, **procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista** Luis Carlos Jaramillo **con matrícula profesional No** _____, **la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria,** como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: **PARO CARDIO RESPIRATORIO Y MUERTE** las cuales, he comprendido y aceptado.

Nombre del tutor: Luz Amanda Tirado **Firma del MVZ:**

CC: 42.008250 **TP:** 28651

Teléfono:

Recepción	Preparación	Cirujano	Postoperatorio
Alana.			Hospital / Recuperación

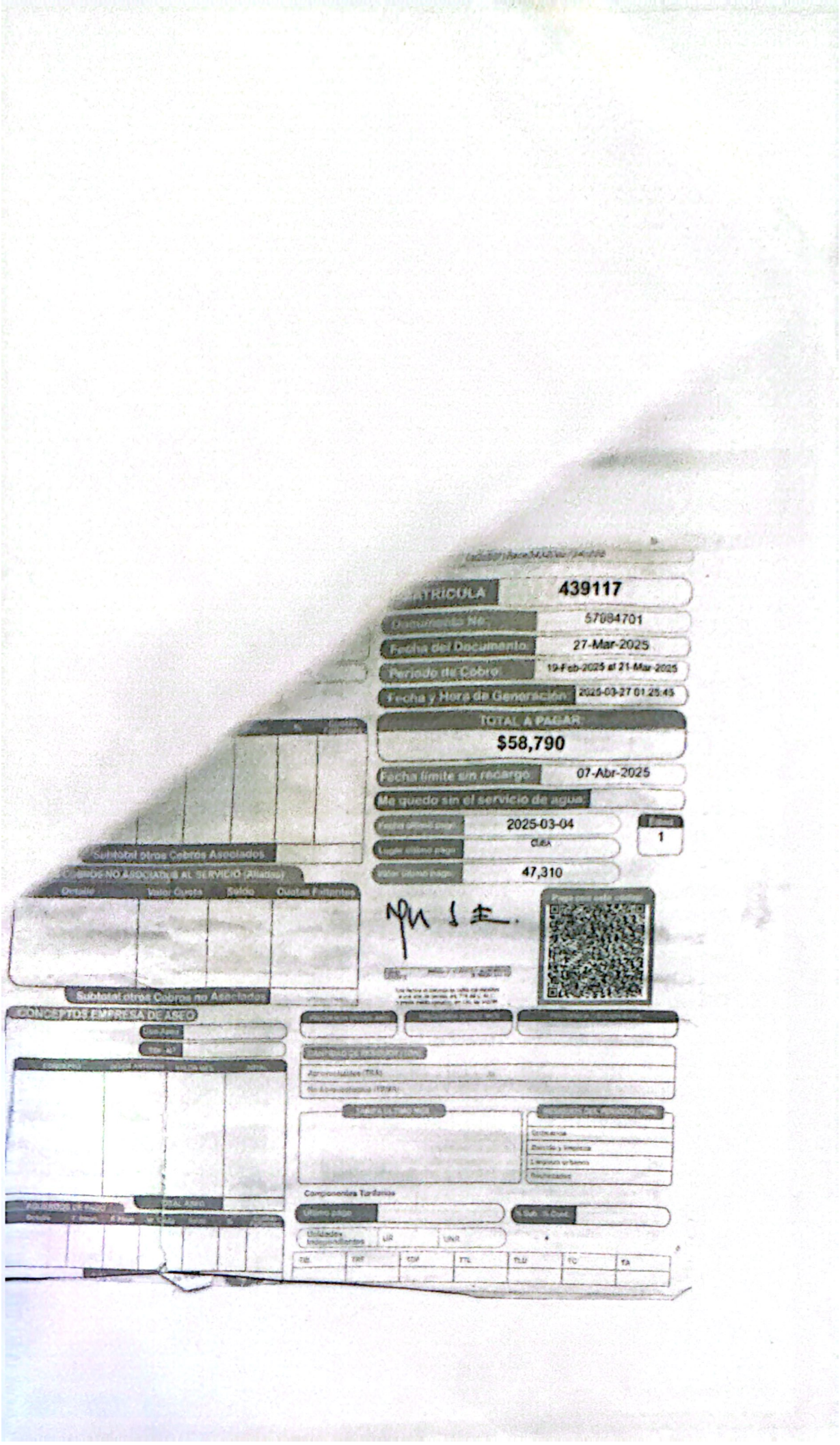
Formato 5 - **V2 / 2025**

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner


MATRICULA
439117
57084701
27-Mar-2025
19-Feb-2025 al 21-Mar-2025
2025-03-27 01:25:43
TOTAL A PAGAR
$58,790
07-Abr-2025
2025-03-04
47,310
1
Subtotal otros Cobros Asociados
Detalle
Valor Cuota
Saldo
Cuotas Faltantes
Subtotal otros Cobros no Asociados
CONCEPTOS EMPRESA DE ASEO
TOTAL ASEO
Componentes Tarifarios
Ultimo pago
UR
UNR
TAB
TRF
TDV
TTL
TLU
TC
TA

VETERINARIO | Pereira La Tere

Sedes
- Maraya
- 2500 Lotes
- Villa Santana

RMATO DE DECLARACIÓN DIRECCIÓN BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO

2 Amanda Tirado, identificado/a con 42.008250
ero _____, actuando en calidad de tutor del canino [x] felino [ ]
mado Lupe, declaro bajo la gravedad de juramento que mi dirección actual es la siguiente:

Dirección: *(Especificar la dirección completa, incluyendo calle, número, ciudad, etc.)*
Cll 7 B lote 35
Barrio: la isla Cuba
Comuna: _____

Declaro que la información proporcionada es veraz y corresponde a mi domicilio actual. En caso de que se determine que esta declaración contiene falsedad ideológica o que se haya incurrido en alguna tergiversación de los hechos, estoy consciente de que puedo incurrir en las consecuencias legales pertinentes, que incluyen sanciones penales y/o administrativas por falsedad ideológica en documento público, conforme a lo dispuesto por Código Penal Colombiano - Ley 599 de 2000.

Luz Amanda Tirado
Firma
Nombre completo: Luz Amanda Tirado
Tipo de documento de identificación: 42.008250
Número de documento: _____

Scanned with CamScanner